

Solicitud de Servicios de Planificación Familiar Take Charge

Envíe la solicitud completada por fax al 1-866-841-2267

NOMBRE DE LA CLÍNICA			NÚMERO DE TELÉFONO DE LA CLÍNICA		
1. NOMBRE		INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE	APELLIDO		
2. DIRECCIÓN DONDE VIVE		CALLE	# APTO.	CIUDAD	ESTADO CÓDIGO POSTAL
3. DIRECCIÓN POSTAL (si es diferente a la anterior):		CALLE	# APTO.	CIUDAD	ESTADO CÓDIGO POSTAL
4. NÚMERO EN EL DOMICILIO, CELULAR, PREFERIDO		NÚMERO EN EL TRABAJO/ PARA MENSAJES		DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO	
5. ¿Tiene problema para hablar, leer o escribir inglés? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		¿Necesita un intérprete? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		¿Qué idioma habla?	
INFORMACIÓN GENERAL					
SEXO <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino		FECHA DE NACIMIENTO		¿Planea utilizar un método anticonceptivo para evitar embarazos no deseados? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si responde no, usted no es elegible.	
NÚMERO DE SEGURO SOCIAL		¿Ciudadano/a de los EE.UU o de sus colonias? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Si no es ciudadano/a de los EE.UU ni de sus colonias y es extranjero/a documentado/a, provea una copia de sus documentos de inmigración.	
6. Para determinar la elegibilidad para este programa, tenemos que conocer el tamaño de su familia (cónyuge y/o niños dependientes de 18 años de edad o menores que viven con usted). Incluyéndose usted, ¿cuál es el tamaño de su familia? _____					
7. Si usted está casado(a) y vive con su cónyuge, anote el nombre y Número de Seguro Social (SSN) de su cónyuge. (nombre, segundo nombre, apellido): _____ SSN: _____					
INFORMACIÓN SOBRE EL SEGURO DE SALUD					
8. ¿Tiene usted un seguro de salud privado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si responde sí, proporcione la siguiente información:					
NOMBRE DE LA COMPAÑÍA DE SEGURO					
DIRECCIÓN DE LA COMPAÑÍA DE SEGURO					
NOMBRE DEL TITULAR DE LA PÓLIZA					
IDENTIFICACIÓN DEL SEGURO DEL TITULAR DE LA PÓLIZA O NÚMERO DE PÓLIZA					
Entiendo que el programa de Medicaid TAKE CHARGE es siempre el pagador de último recurso. Entiendo que se facturará primero a mi seguro por los servicios que reciba de TAKE CHARGE, excepto en los casos siguientes:					
<input type="checkbox"/> Yo tengo 18 años de edad, o menos, y mis padres no saben que estoy solicitando servicios de planificación familiar. Deseo mantener confidenciales los servicios que reciba.					
o					
<input type="checkbox"/> Soy víctima de violencia doméstica y estoy cubierto(a) bajo el seguro de salud de mi perpetrador.					
RAZA/ANTECEDENTES ÉTNICOS					
9. Le solicitamos que nos informe voluntariamente su raza o antecedentes étnicos. Esta información no se tomará en cuenta al considerar su elegibilidad para servicios.					
<input type="checkbox"/> Caucásico		<input type="checkbox"/> Negro o afroamericano		<input type="checkbox"/> Vietnamita/Laosiano/Camboyanos	
<input type="checkbox"/> Hispánico		<input type="checkbox"/> Otro asiático o isleño del Pacífico			
<input type="checkbox"/> Otro: _____		<input type="checkbox"/> Indio Americano o nativo de Alaska; nombre de la tribu: _____			
REPRESENTANTE AUTORIZADO OPCIONAL (AREP)					
(Un AREP es alguien con el que usted permite que el departamento hable acerca de sus beneficios y/o reciba la correspondencia de Take Charge para usted). Para nombrar un AREP, llene la información a continuación.					
NOMBRE / ORGANIZACIÓN			NÚMERO DE TELÉFONO		
DIRECCIÓN POSTAL		CALLE	CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL
Enviar mi correspondencia de TAKE CHARGE: <input type="checkbox"/> A mi dirección postal. <input type="checkbox"/> A la dirección de este AREP.					

NOMBRE DEL CLIENTE	NÚMERO DE SEGURO SOCIAL
--------------------	-------------------------

INGRESOS

¿Usted ha renunciado o perdido el trabajo en los últimos 90 días? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, fecha de finalización del empleo _____		¿Su cónyuge ha renunciado o perdido el trabajo en los últimos 90 días? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, fecha de finalización del empleo _____	
SUS INGRESOS DEL EMPLEO/EMPLEO POR CUENTA PROPIA		INGRESOS DE SU CÓNYUGE DEL EMPLEO/EMPLEO POR CUENTA PROPIA	
EMPLEADOR ACTUAL	NÚMERO DE TELÉFONO	EMPLEADOR ACTUAL	NÚMERO DE TELÉFONO
PAGO BRUTO MENSUAL ANTES DE LA DEDUCCIÓN DE IMPUESTOS O GASTOS		PAGO BRUTO MENSUAL ANTES DE LA DEDUCCIÓN DE IMPUESTOS O GASTOS	
EMPLEADOR ACTUAL	NÚMERO DE TELÉFONO	EMPLEADOR ACTUAL	NÚMERO DE TELÉFONO
PAGO BRUTO MENSUAL ANTES DE LA DEDUCCIÓN DE IMPUESTOS O GASTOS		PAGO BRUTO MENSUAL ANTES DE LA DEDUCCIÓN DE IMPUESTOS O GASTOS	

Si usted o su cónyuge actualmente tienen más de dos empleadores, por favor adjunte la información adicional en una hoja separada.

OTROS INGRESOS	MONTO	¿CON QUÉ FRECUENCIA RECIBE USTED ESTOS INGRESOS?	¿QUÉ MIEMBRO DE LA FAMILIA RECIBE ESTOS INGRESOS?
10. Apoyo de los padres, otros parientes, becas o préstamos			
11. Manutención de niños o pensión alimenticia			
12. Pago del Seguro Social			
13. Servicios de desempleo			
14. Servicios de excombatientes/pensiones militares			
15. Trabajo e industrias			
16. Ingresos por inversiones			
17. Cualquier otra fuente de ingresos o apoyo financiero			

GASTOS

18. ¿Paga usted cuidado de niños o cuidado de adultos dependientes mientras trabaja? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, monto mensual: _____
19. ¿Paga usted manutención para un niño que no está viviendo en su casa? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, monto mensual: _____

Lea detenidamente antes de firmar a continuación

- Entiendo que:
- HCA podría pedirme que compruebe la información que he provisto. Para esto, HCA puede ayudarme a obtener las pruebas o a ponerme en contacto con otras agencias o personas.
 - Mi información podría ser revisada por otras agencias estatales o federales. Esta información NO se compartirá con los Servicios de Inmigración y Aduana de los Estados Unidos (USCIS).
 - Al solicitar y recibir beneficios para la atención a la salud, transfiero al estado de Washington todos los derechos de cualquier asistencia médica y cualquier pago de terceros por atención a la salud.
 - Entiendo que esta solicitud es solamente para servicios de planificación familiar para evitar el embarazo. Si necesito otros servicios médicos, ayuda financiera o cupones para alimentos, tendré que solicitar estas ayudas a través de una Oficina de Servicios Comunitarios de DSHS.

DECLARACIÓN Y FIRMA

He leído y comprendido la información de esta solicitud. Declaro, bajo pena de perjurio, que la información que he dado en esta solicitud es, a mi mejor entender, veraz, correcta y completa.

FIRMA DEL SOLICITANTE	FECHA
-----------------------	-------